

LES
ABCÈS DE LA CLOISON NASALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Octobre 1919

PAR

Raymond FOURNIER

Né à Cléré-du-Bois (Indre), le 6 septembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MOURET, prof. adjoint, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		HEDON, professeur,		
		GRYNFELTT, agrégé,		
		RICHE, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

LES

ABCÈS DE LA CLOISON NASALE

LES
ABCÈS DE LA CLOISON NASALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Octobre 1919

PAR

Raymond FOURNIER

Né à Cléré-du-Bois (Indre), le 6 septembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MOURET, prof. adjoint, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		HEDON, professeur,		
		GRYNFELTT, agrégé,		
		RICHE, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA (*)	ASSESSUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *)
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*)
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale.....	RAUZZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABEAU (♣).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N...
Clinique médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. Dr ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. Dr ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBIAU (O *) a. l. (ch. des.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN (*), a. l. (c. e.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de e.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de e.).
Stomatologie.....	WATON (*) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVILLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL. (* ♣).	J. DELMAS (♣).	PECH (*) (ch. d'agr.).
RICHE.	RIMBAUD *.	

Examineurs de la thèse :

MM. MOURET, professeur, président.	MM. GRYNFELTT, agrégé.
HEDON, professeur.	RICHE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

R. FOURNIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURET

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLAUME-LOUIS

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE TOURS

R. FOURNIER.

LES

ABCÈS DE LA CLOISON NASALE

INTRODUCTION

Si le praticien peut méconnaître jusqu'à un certain point quelques affections relevant du domaine de la spécialité, il en est cependant qui, par leur marche aiguë, demandent des soins immédiats et un diagnostic précoce, si l'on veut instituer à temps une thérapeutique efficace.

Combien de fois, par exemple, l'abcès de la caisse chez les jeunes enfants, n'est reconnu que lorsque l'oreiller est déjà souillé par le pus, tache révélatrice expliquant une fièvre dont la cause était mal définie? Une affection bien moins fréquente, mais pourtant très intéressante, l'abcès de la cloison qui se rencontre assez souvent chez les enfants, peut être également méconnue au début de son développement; et cependant un traitement appliqué à temps s'impose si l'on veut éviter la possibilité d'une difformité qui rappellerait définitivement une fâcheuse erreur médicale.

Ayant eu l'occasion de nous intéresser à un cas d'abcès de la cloison nasale, il nous a paru bon de le présenter dans notre travail inaugural consacré à l'étude des abcès de la

cloison nasale. Nous y avons ajouté plusieurs observations d'abcès de la cloison, d'étiologies différentes du service d'oto-rhino-laryngologie de M. le professeur Mouret.

Dans ce travail, nous présentons une revue générale de la question, étudiant successivement, après un bref exposé historique, l'étiologie diverse, mais le plus souvent traumatique, des abcès de la cloison, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, l'évolution, le diagnostic et le traitement. Dans l'index bibliographique, nous nous sommes efforcé de mentionner les observations et les travaux publiés sur le sujet que nous avons pu retrouver dans la littérature.

HISTORIQUE

L'abcès de la cloison nasale est une affection qui resta longtemps méconnue. Les premiers cas cités datent seulement de 1830 (Cloquet), et 1833 (Flemming, de Dublin). Nous avons ensuite Bérard qui présente deux cas dans son *Dictionnaire* et dans les *Archives de médecine*; Velpeau et Maisonneuve en observent quelques autres (1841).

En 1864, Beaussenat, dans sa thèse, offre un travail d'ensemble sur les abcès seulement d'origine traumatique. Casabianca (1876) n'apporte rien de très nouveau.

Depuis, les communications et les observations se multiplient dans la littérature médicale de tous les pays : Strazza Moure, Schæffer, Ball, Ricci, Gougenheim, Gates, Birmingham, O'Roe, Rishop, Hubbard, Gleismann, Watermann, Herwald, Gottlieb, Kieer, Zaufal, Herck, Hertzfeld, Wroblewsky, Fischenich, Kuttner. Theissing, Luc, Garel, Moran, Vaptzaroff, Colonna-Walewsky, Ferran, Simonin, Lannois, Bargy, Lange, etc., apportent des contributions intéressantes à la bibliographie des abcès de la cloison qui prend place dans la plupart des traités et inspire la thèse d'Epaud, de Bordeaux (1909).

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Si l'on s'en rapportait à la littérature médicale, l'abcès de la cloison nasale serait une affection assez rare. Garel (*Lyon Médical*, 1898), ne cite que quelques cas rapportés par différents auteurs. Cependant, Ruault en aurait à lui seul observé quatre-vingt cas environ. Bargy constate que, pour être épars, les faits publiés n'en sont pas moins assez nombreux. Quoi qu'il en soit de la fréquence, c'est une affection surtout du jeune âge (Gougenheim), ce qui s'explique par le rôle étiologique que joue le traumatisme.

Les abcès de la cloison sont *primitifs* ou *secondaires*, soit qu'ils se soient développés en dehors de toute lésion siégeant préalablement au niveau du septum et qu'ils aient apparu d'emblée, ou qu'ils se soient manifestés au cours d'une infection locale ou générale; soit qu'ils viennent compliquer une affection préexistante ou qu'ils soient dus à la propagation d'une infection de voisinage.

I. — Les *abcès primitifs* sont d'origine locale ou générale; dans le premier cas, ils résultent de l'infection directe d'une plaie traumatique de la muqueuse. Dans le second, on peut les rencontrer dans les maladies infectieuses générales qui sont capables de produire, au niveau de la muqueuse du septum, des abcès analogues à ceux que l'on rencontre dans les autres parties du corps ou dans les viscères.

Morell-Mackensie et Lannois l'ont observé au cours de la fièvre typhoïde; Dantziger dans la grippe, Hertzfeld et Wroblewsky dans l'érysipèle, Lannois dans la scarlatine. On l'a également signalé dans la variole, la rougeole, le typhus et la morve.

Certains abcès ont été manifestement reconnus tuberculeux.

II. — Les *abcès secondaires* sont les plus fréquents. Ils peuvent succéder à un furoncle du vestibule, ainsi que l'a remarqué Moure; à un coryza aigu ou purulent (Moure, Wroblewsky, Dantziger, Huttner, Herwald). Ils compliquent parfois une périchondrite syphilitique ou tuberculeuse.

Mais le plus souvent, le traumatisme semble être en cause et l'on voit l'abcès succéder à une contusion ou à une fracture du nez ayant déterminé la formation d'un hématome, d'abord aseptique et devenant suppuré au cours de son évolution. Il peut, d'ailleurs, y avoir des hématomes spontanés, sans traumatisme, résultant par exemple d'une simple épistaxis dont le siège du point de rupture vasculaire est plus profond qu'à l'ordinaire (épistaxis interne de Lannois).

L'abcès peut compliquer un kyste séreux de la cloison ayant succédé à un hématome ou résultant d'une périchondrite séreuse.

Mais, en règle générale, c'est chez les gens pratiquant les sports et, principalement, chez les boxeurs, ou parmi les enfants, sujets aux chutes fréquentes, que l'on observera le plus d'abcès de la cloison.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FORMATION ET EVOLUTION DES LESIONS

Il nous a semblé intéressant de rappeler d'abord en quelques mots d'anatomie du septum nasal. Il est constitué par deux lames osseuses, le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et une lame cartilagineuse, le cartilage quadrangulaire. Les deux lames osseuses, le vomer en bas, la lame perpendiculaire en haut, sont unies l'une à l'autre seulement en arrière. En avant, elles forment un angle que vient combler le cartilage quadrangulaire. La lame perpendiculaire de l'ethmoïde est mince et fragile, en forme de quadrilatère irrégulier, elle offre deux faces et quatre bords; son bord supérieur, ou fronto-nasal, répond aux os propres dont elle ne dépasse que très rarement en bas; son bord inférieur oblique en bas et en avant, présente deux lèvres qui s'unissent aux deux lèvres correspondantes du vomer, constituant ainsi un canal plus ou moins complet qui admet le prolongement caudal du cartilage quadrangulaire; son bord antérieur, généralement épais, s'articule avec le cartilage quadrangulaire. Le bord postérieur répond au sphénoïde. La lame perpendiculaire étant très fragile, peut être fréquemment fracturée au cours des traumatismes du nez; mais comme il n'y a pas de déplacement des fragments et que la fissure porte sur une région profonde, non mobile, et qui, au point de vue physiologique, sert peu

pour la respiration nasale, on comprend pourquoi ces fractures passent trop souvent inaperçues.

Le vomer est constitué par une lame en forme de soc de charrue, généralement mince dans sa partie moyenne, plus résistante au niveau de son bec par suite de l'adjonction de l'os sous-vomérien et de son union à l'épine nasale antéro-inférieure. Son bord supérieur s'articule avec la crête du sphénoïde; son bord inférieur, avec le palais osseux; son bord postérieur constitue la limite interne de la choane et son bord antérieur s'articule en arrière avec le bord postérieur de la lame perpendiculaire et en avant avec le cartilage quadrangulaire.

Celui-ci a la forme d'un carré irrégulier; il remplit l'échancrure entre le vomer et la lame perpendiculaire et soutient le dos du nez au-dessous des os propres par son bord antéro-supérieur. Son bord postéro-inférieur est en rapport avec le bord supéro-antérieur du vomer dans le sillon duquel il est logé. Son bord postéro-supérieur s'unit au bord inférieur de la lame perpendiculaire; son bord antéro-supérieur qui est le plus court est logé dans la sous-cloison. L'épaisseur du cartilage n'est pas partout la même. Le minimum se trouve à la partie moyenne et antérieure.

Sur ce squelette ostéo-cartilagineux s'étale la muqueuse pituitaire, tapissant de chaque côté la cloison. Cette muqueuse est intimement unie au périoste et au périchondre. Son épaisseur de 2 millimètres en moyenne est réduite de moitié au niveau de la lame perpendiculaire et du cartilage quadrangulaire.

Elle est sillonnée de vaisseaux artériels et veineux qui sont contenus dans la couche profonde du chorion muqueux. Les artères viennent de trois sources :

1° Branche interne de l'artère sphéno-palatine qui four-

nit les vaisseaux destinés à la région respiratoire de la cloison;

2° Artères ethmoïdales qui nourrissent surtout la zone supérieure ou olfactive;

3° Artère de la sous-cloison qui irrigue la portion nasale.

Toutes ces artères qui cheminent dans le plan profond de la muqueuse forment un plexus fort riche à la surface du cartilage quadrangulaire, non loin de son bord antérieur, dans la région dite tache vasculaire. En se rappelant la fragilité du cartilage et sa vascularisation à ce niveau, on comprendra aisément la formation de l'hématome dans la portion antéro-inférieure de la cloison.

* * *

Le plus souvent, l'abcès de la cloison se forme dans sa portion antéro-inférieure au niveau de l'endroit où le septum nasal est le plus mince et le plus fragile, où la muqueuse, doublée de son périchondre, est le plus facilement décollable et le plus souvent exposée aux contaminations venues de l'extérieur.

Quelquefois, mais exceptionnellement, ainsi que l'a signalé Garel, on trouve des abcès élevés de la cloison pouvant faire saillie sous le revêtement externe de l'appendice nasal, mais ils sont, somme toute, assez rares.

L'abcès peut d'abord se produire, comme nous l'avons vu, à la suite d'une excoriation banale de la muqueuse et avoir ainsi un point de départ sous-muqueux, mais habituellement la lésion primitive se trouvera au niveau du cartilage, ou tout au moins du périchondre. Muqueuse et périchondre sont très difficilement séparables et il paraît malaisé qu'un épanchement sanguin, séreux ou purulent, puisse s'effectuer entre eux.

L'abcès de la cloison est une périchondrite suppurée.

Dans le cas d'abcès succédant à un traumatisme ayant provoqué un hématome de la cloison, la petite hémorragie résultant de la rupture du cartilage provoquera la formation d'un épanchement sanguin qui décollera le périchondre. Le cartilage, privé de sa membrane nourricière, se trouvera en état de moindre résistance. L'hématome étant facilement infectable, il est aisé de conclure que sa transformation purulente amènera rapidement la suppuration et secondairement la fonte du cartilage.

De même, les diverses lésions infectieuses de voisinage se propageant d'une façon directe au cartilage à travers la muqueuse et le périchondre, ou bien résultant d'embolies microbiennes (abcès des maladies infectieuses en général), amèneront la formation d'une collection purulente juxta-cartilagineuse.

Dans une de nos observations, nous rapportons un cas d'abcès de la cloison consécutif à une ostéite du maxillaire supérieur d'origine dentaire, un cas d'abcès consécutif à des hématomes et un cas d'abcès attribuable à un érysipèle de la face.

L'abcès, collecté d'abord entre la muqueuse doublée du périchondre et le cartilage, détruit et perfore rapidement celui-ci, atteignant, décollant et soulevant la muqueuse du côté opposé. La collection se développe en bissac dans les deux fosses nasales qu'elle obstrue, augmentant de volume, pouvant arriver à fuser à l'extérieur sous le revêtement cutané du dos du nez.

En bas et en arrière, l'abcès est généralement bridé par la forte adhérence du périoste au vomer; il en est générale-

ment de même au niveau de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

L'abcès se forme en territoire cartilagineux et s'y développe, n'atteignant qu'exceptionnellement la cloison osseuse.

Arrivé à la fin de son évolution, la muqueuse étant perforée, il se vide de son contenu et la poche abcédée a tendance à se fermer et à se cicatriser; mais la perte de substance du cartilage, si elle a été importante et si elle s'est propagée jusqu'à l'arête nasale soutenant le dos du nez (Moure), il peut en résulter une déformation grave au point de vue esthétique de l'appendice nasal, par suite d'une dépression *en coup de hache* du dos du nez, enfoncement brusque au-dessous des os propres.

Dans certains cas favorables, lorsque la destruction du cartilage n'a pas été très importante et a respecté suffisamment l'arête nasale, la déformation peut ne pas se produire ou être si minime qu'elle passe inaperçue.

Il peut arriver aussi que l'abcès se résorbe en partie, subissant une auto-stérilisation, transformant le liquide purulent en liquide séreux ou en pâte caséeuse.

SYMPTOMATOLOGIE ET ÉVOLUTION

L'évolution des abcès de la cloison permet de distinguer deux catégories :

- I. — Les abcès aigus;
- II. — Les abcès chroniques.

I. *Abcès aigu.* — Soit qu'il complique un traumatisme nasal remontant déjà à quelques jours ou à quelques semaines, soit qu'il se produise au cours d'une maladie infectieuse, l'abcès s'annonce par de vagues sensations douloureuses intra-nasales accompagnées de malaises et d'un léger état fébrile. La douleur augmente de plus en plus, devient lancinante en même temps qu'apparaissent les symptômes plus caractéristiques de l'affection qui nous occupe.

Lorsque l'abcès est constitué, ce qui se produit au bout de quelques jours pour l'abcès primitif se développant insidieusement au déclin d'une maladie générale, beaucoup plus rapidement pour l'abcès résultant de la transformation purulente d'un hématome, les signes objectifs que présente le malade sont des plus nets :

Le nez est rouge et tuméfié, douloureux au toucher ; parfois l'enflure s'étend à la joue et à la paupière inférieure, souvent elle gagne la lèvre inférieure. Cet œdème peut être

simplement d'ordre mécanique et la peau garde alors sa coloration normale; ou bien il s'accompagne d'inflammation et forme un empâtement rouge, dur, rappelant la plaque d'érysipèle.

Les yeux sont larmoyants, la conjonctive plus ou moins injectée.

La palpation du nez ne donne pas habituellement de grands renseignements, sauf dans le cas, rare, nous l'avons dit, d'abcès ayant fusé à l'extérieur. Elle provoque de la douleur; parfois, elle pourra décèler une fracture du squelette nasal (abcès consécutif à un traumatisme). Mais là n'est pas le vrai moyen d'investigation; le signe caractéristique est fourni par l'exploration des narines.

En relevant le lobule du nez, on aperçoit, de chaque côté de la cloison, deux saillies de couleur rouge vif, tendues, oblitérant les orifices.

La rhinoscopie antérieure permet de situer cette tuméfaction à la partie antéro-inférieure de la cloison, d'apprécier sa fluctuation, sa dépressibilité et sa communication avec la collection de l'autre fosse nasale, car, habituellement, l'abcès est bilatéral et ce n'est que par exception qu'il siège d'un seul côté. Il est en effet de règle que la pression au niveau de la poche fasse passer le pus d'une narine dans l'autre. Parfois même, il reflue jusqu'au dos du nez (Ricci). En même temps que l'existence de la collection purulente, on peut constater une inflammation plus ou moins diffuse, plus ou moins marquée de la muqueuse nasale, avec quelques vagues sécrétions. Celles-ci ne sont véritablement abondantes et franchement purulentes que quand l'abcès est ouvert. Lorsqu'il s'est vidé, on peut constater, à l'aide du stylet explorateur, la perforation du cartilage faisant communiquer les deux poches.

Les troubles fonctionnels sont ceux de l'obstruction na-

sale, avec enchiffrement uni ou bilatéral, selon que l'abcès siège des deux côtés ou d'un seul; la voix est nasonnée, l'odorat peut être diminué. Les sensations douloureuses s'exaspèrent jusqu'au moment où l'abcès crève, elles s'accompagnent souvent de céphalée et de phénomènes généraux ordinairement peu marqués, mais qui chez les enfants amènent quelquefois une forte fièvre de 39 à 40°.

On a noté, dans certains cas, des phénomènes septicémiques.

II. *Abcès chronique.* — L'abcès chronique a un début plus insidieux et une évolution moins tapageuse. Il ne s'accompagne pas de vives réactions générales et se révèle surtout par une obstruction nasale progressive. La céphalée existe mais est moins marquée et paraît liée au degré d'obstruction nasal. Vatstzaroff a noté des crises douloureuses intermittentes qu'il attribue à la rétention des sécrétions nasales en arrière de l'abcès, car les douleurs s'apaisaient quand les sécrétions étaient rejetées à la faveur d'un éternuement. On trouve dans les fosses nasales une tuméfaction habituellement bilatérale, ayant l'apparence d'une masse rosée, fluctuante, sillonnée quelquefois de varicosités. La ponction permet de retirer un liquide séreux, parfois purulent. Dans certains cas, l'examen bactériologique a permis d'identifier le bacille de Koch; dans d'autres cas, il s'agissait d'abcès à évolution lente et renfermant des microbes de suppuration banale.

L'évolution de la maladie est différente selon que l'abcès est aigu ou chronique.

Dans le premier cas, la collection se développe en quelques jours, comme nous l'avons indiqué précédemment. L'ouverture spontanée demande un certain temps pour se produire, la muqueuse étant assez résistante.

Dans le second cas, la marche de la maladie est insidieuse et la collection froide ne paraît pas avoir grande tendance à l'évacuation spontanée.

Nous avons déjà parlé dans l'anatomie pathologique de la complication la plus fréquente : la déformation *en coup de hache* du nez consécutive à la destruction du cartilage du soutènement nasal. Nous n'y reviendrons pas.

On a décrit, comme complications infectieuses possibles, l'érysipèle et les phlébites, heureusement fort rares, des veines de la cloison avec extension aux sinus veineux du crâne. Quelques auteurs ont signalé de l'ostéite superficielle des os du nez comme dans notre observation II, et même, dans un cas, où la tuberculose était en cause, une carie de la charpente nasale.

Le pronostic est habituellement bénin, à la condition que le diagnostic soit établi à temps et que l'intervention soit immédiate. On évitera ainsi presque à coup sûr, les complications dont nous venons de parler.

DIAGNOSTIC

Il est facile, si l'on a soin d'admettre la possibilité d'une collection suppurée intra-nasale. Cette hypothèse doit venir à l'esprit toutes les fois que l'on retrouvera dans l'interrogatoire un traumatisme nasal subi peu de temps auparavant; toutes les fois que l'on assistera à l'établissement rapide d'une obstruction nasale aiguë, s'accompagnant de tuméfaction du nez et de symptômes généraux.

L'abcès froid de la cloison demande à être recherché systématiquement, car il ne se manifeste que par un certain degré de gêne respiratoire et peut ne pas s'accompagner de douleur.

La constatation au niveau de la partie antéro-inférieure de la cloison d'une tumeur fluctuante pouvant faire saillie dans les orifices narinaux et, s'il le faut, la ponction exploratrice pour s'assurer du contenu de la douleur permettront d'établir le diagnostic de certitude.

Si l'on ne songe pas dès l'abord à la possibilité d'un abcès de la cloison, on risque d'imputer la fièvre et les phénomènes généraux de même l'enchiffrement à une quelconque affection générale s'accompagnant de coryza et de gêne respiratoire.

La tuméfaction et l'inflammation de la peau du nez, de la lèvre supérieure et des joues peut en imposer pour un

érysipèle susceptible, d'ailleurs, ainsi que nous l'avons dit, de compliquer l'abcès. La rhinoscopie est indispensable pour trancher le diagnostic.

Mais c'est surtout l'abcès froid de la cloison qui peut prêter à des erreurs de diagnostic. Il peut être confondu avec des polypes muqueux faisant saillie dans l'orifice narinair; avec une tumeur implantée sur le pied de la cloison (adénome, sarcome, etc.); avec une tumeur kystique du cornet moyen contenant un liquide séro-purulent; avec une malformation de la cloison (déviation) ; avec une gomme syphilitique, un hématome, un kyste séreux de la cloison, etc.

Là encore, c'est la détermination du siège et des caractères de la lésion par la rhinoscopie qui permettra d'éviter l'erreur. On pourra se rendre compte que le polype vient de la partie supérieure externe de la fosse nasale, qu'il est pédiculé et ne présente pas de fluctuation. Les diverses néoplasies de la cloison ont aussi leurs caractères propres qui ne rappellent que de loin l'abcès du septum. En cas de doute, la ponction et l'incision trancheraient la question.

La gomme non ulcérée a une évolution beaucoup plus lente que l'abcès. Elle siège plus spécialement sur la cloison osseuse, elle n'est généralement pas bilatérale; la muqueuse est épaissie régulièrement à son niveau et recouverte de croûtes. Ulcérée, elle ne peut pas prêter à confusion.

Le diagnostic différentiel, avec la déviation de la cloison, n'offre aucune difficulté. Il suffit de constater la concavité de la cloison d'un côté, sa convexité de l'autre et sa consistance dure.

L'hématome rappelle absolument l'aspect de l'abcès dont il est d'ailleurs souvent le début; mais les phénomènes inflammatoires font défaut.

Les kystes séreux résultant d'une périchondrite séreuse ou succédant à un hématome, doivent être rapprochés, à notre avis, des abcès à évolution chronique avec lesquels ils possèdent une grande analogie; pour les différencier, il faudrait réserver le nom d'abcès chronique de la cloison aux abcès tuberculeux.

TRAITEMENT

Il doit être précoce et exécuté avec une technique minutieuse (G. Laurens). Précoce, pour empêcher la déformation nasale; exécuté minutieusement pour bien vider la poche et s'opposer à la reproduction de l'abcès.

On cocaïnise soigneusement par une narine à l'aide d'un tampon d'ouate monté sur stylet porte-coton. Quand la muqueuse est anesthésiée, on ouvre la poche d'une incision franche de un centimètre à un centimètre et demi au bistouri (M. le professeur Mouret se sert du galvano-cautère). On la vide ensuite par pression dans chaque narine; puis, on la nettoie soigneusement par un curettage si l'abcès est ancien et par un badigeonnage antiseptique avec de l'eau oxygénée ou de la glycérine iodée.

On doit donner toute son attention au tamponnement. Il sera exécuté systématiquement de chaque côté; on garnira de gaze, sans trop tasser, les deux fosses nasales afin d'obtenir le recollement des muqueuses sur le cartilage. C'est dire que les tampons doivent être méthodiquement disposés, sans laisser échapper la partie haute de la poche. On les renouvellera fréquemment pour éviter l'infection.

Si l'on n'a pas pu intervenir à temps et si, après guérison complète, la difformité est établie, on aura recours aux

injections de paraffine à froid, selon la méthode de Brœkaert.

On a renoncé aujourd'hui aux injections de paraffine liquéfiée par la chaleur, ainsi qu'au mélange d'Ekstein qui avait préconisé d'associer la paraffine liquide à la paraffine solide qu'il fallait employer à une température relativement élevée et que supportait difficilement le malade.

La paraffine soluble à 50° qu'à conseillé Brœkaert donne toute satisfaction dans la réfection des nez déformés en coup de hache.

On nettoie la région; l'opérateur trempe pendant quelques instants sa seringue dans l'eau chaude afin que la paraffine arrive à un degré de ramollissement qui la rende plastique; alors il enfonce son aiguille jusqu'au fond de la dépression qu'il se propose de combler. La paraffine pénètre lentement; on retire l'aiguille, puis, avant refroidissement, on modèle le nez. C'est la partie délicate de l'opération.

Si la quantité de paraffine injectée n'a pas été suffisante du premier coup, il conviendra de recommencer quelque temps après la cessation de tous phénomènes inflammatoires. Ceux-ci seront combattus toujours par des pansements humides. Les résultats esthétiques sont très heureux et définitifs, car la paraffine, au bout d'un certain temps, est complètement enkystée par un tissu fibreux.

Dans de très rares cas, quand la déformation est trop accentuée, on pourra avoir recours à la greffe cartilagineuse à l'aide d'un greffon revêtu de son périchondre, pris sur la cloison, ou bien sur un cartilage costal que l'on façonne et que l'on loge dans la concavité en gouttière de l'arête nasale où on l'insinue par une fente faite à la muqueuse dans l'échancrure piriforme.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite — Docteur Burgues)

J. J..., âgé de 28 ans, du 65^e régiment d'infanterie, se présente, le 12 mars 1918, à la consultation d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital d'Eprenay, se plaignant d'une tuméfaction douloureuse du nez et de la lèvre supérieure.

Rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires et collatéraux de ce malade.

Personnellement bien portant jusqu'à la date d'un séjour aux colonies; un an environ après son arrivée au Tonkin, il est atteint de paludisme. Il nie toute affection vénérienne. Il souffre des dents depuis de longues années; depuis 1910, il a perdu plusieurs dents de la mâchoire supérieure; il est sujet à des fluxions dentaires fréquentes et à des névralgies répétées. Il y a un an, à la suite d'une crise dentaire, il a constaté qu'il se formait à la mâchoire supérieure, au-dessous du nez, une grosseur dure, indolore, ayant le volume d'une noisette, susceptible de variations.

Il y a une dizaine de jours, cette petite grosseur a rapidement augmenté de volume. Elle siégeait au niveau du sillon gengivo-labial supérieur gauche à la hauteur de l'incisive latérale gauche; cette dent manquant, il s'échappait du pus par l'alvéole.

Deux ou trois jours après, le malade s'est senti enflé et a constaté que son nez devenait douloureux et se tuméfiait, sans qu'il y ait eu aucun traumatisme.

A l'examen, on constate que l'appendice nasal est notablement augmenté de volume, notamment dans sa partie cartilagineuse, beaucoup moins au niveau des os propres; la peau est luisante, tendue, de couleur rouge violacé, chaude, douloureuse au toucher. Cette tuméfaction s'étend à la lèvre supérieure qui est fortement œdématiée.

La respiration nasale est très gênée; le malade crache du pus, mais n'en mouche que très peu.

Le simple soulèvement du nez permet de voir la narine droite obstruée par une tuméfaction développée, semble-t-il, au détriment de la cloison. Ce gonflement est mou, dépressible et donne une sensation de fluctuation; la narine gauche est moins obstruée, la muqueuse de la cloison est à peine soulevée de ce côté-là.

L'examen au spéculum permet de reconnaître que cette tuméfaction correspond à la partie antérieure du cartilage quadrangulaire et qu'il n'y a pas de soulèvement du plancher des fosses nasales.

A l'examen de la cavité buccale, on remarque dans le sillon gengivo-labial, sur la ligne médiane et la dépassant à droite, une saillie ovalaire, fluctuante, qui paraît remonter vers la sous-cloison. Il manque à la mâchoire supérieure la canine gauche et l'incisive latérale gauche, ainsi que les deux incisives droites. L'alvéole de la canine supérieure gauche laisse sourdre un peu de pus surtout lorsqu'on appuie sur la lèvre supérieure. Le stylet enfoncé dans l'alvéole rencontre un peu d'os dénudé, et l'instrument dirigé obliquement de bas en haut et de gauche à droite, s'enfonce dans un trajet fistuleux long de deux centimètres environ.

On porte le diagnostic d'abcès de la cloison consécutif à une ostéite du maxillaire supérieur.

Le jour même de l'entrée du malade, on fit une incision de l'abcès qui donna issue à une petite quantité de pus fétide. Nettoyage de la cavité, tamponnement sur les deux faces de la cloison.

Le 13 mars, intervention sur le maxillaire supérieur.

L'incision dans le sillon gengivo-labial ouvre un petit abcès de la grosseur d'une amande situé au niveau de la région des incisives gâches. Après nettoyage, on aperçoit que le fond de l'abcès répond à une zone ostéitée remontant jusqu'à l'épine nasale. A l'aide de la pince-gouge, on creuse une tranchée dans l'os incisif, en respectant la fibromuqueuse palatine et la muqueuse nasale. Une fois l'os malade enlevé, après nettoyage à l'eau oxygénée, on place un tampon compressif dans la cavité opératoire pour arrêter l'écoulement sanguin.

Les suites furent des plus simples; la plaie osseuse se referma progressivement par bourgeonnement.

Quant à l'abcès de la cloison, il ne récidiva pas et n'entraîna aucune malformation du squelette nasal.

OBSERVATION II

(Inédite)

Service de M. le professeur Mouret.

G. A..., cultivateur, 56 ans, de Mauguio, se présente à la consultation d'oto-rhino-laryngologie, le 2 août 1913, se plaignant de douleur et de tuméfaction dans la région nasale, avec gêne respiratoire.

Le malade raconte qu'il a eu un érysipèle qui a débuté,

il y a une quinzaine de jours et qu'au déclin de cette maladie, il y a cinq à six jours environ, il a commencé à souffrir du nez qui s'est enflé progressivement.

Actuellement, le nez apparaît très tuméfié, considérablement déformé, la peau est très enflammée, d'un rouge violacé. La douleur se produit par élancements et s'accompagne d'une céphalée assez pénible. Le malade est fortement gêné pour la respiration nasale; il est enchiffrené et a beaucoup de difficultés pour se moucher. En soulevant l'extrémité du nez, on aperçoit un gonflement de la muqueuse qui obture la fosse nasale droite complètement et, dans la fosse nasale gauche, on voit une formation polypoïde qui ne la bouche que partiellement.

A la rhinoscopie antérieure, on reconnaît, à droite, un soulèvement de la muqueuse, au niveau du cartilage de la cloison. Ce gonflement est dépressible et douloureux au toucher. Il ne paraît pas s'étendre en arrière au niveau de la cloison osseuse. En haut, il remonte dans le vestibule jusqu'à l'arête nasale.

Dans la fosse nasale gauche, on voit un prolapsus dans le vestibule formé par suite du décollement de la partie supérieure de la muqueuse de la cloison.

On pratique une incision dans la fosse nasale droite et on obtient une assez grande quantité de pus jaunâtre. Une deuxième incision est faite à gauche au niveau de la muqueuse vestibulaire prolabée. Une petite mèche de gaze est placée dans la cavité de l'abcès.

On pratique un tamponnement un peu tassé à gauche pour relever la muqueuse tombée, plus lâche à droite à cause du drainage. Dès le lendemain, l'enflure du nez s'était bien améliorée; un stylet introduit dans l'orifice d'incision à droite permit de constater que l'abcès remontait

jusqu'à l'arête nasale et avait déterminé une légère ostéite de la face inférieure de l'os propre droit.

A. gauche, le décollement de la muqueuse paraît s'être corrigé à la suite du tamponnement.

Les jours suivants, la suppuration persistant, quoique diminuée, on ne peut pas supprimer complètement le drainage nasal avant le sixième jour.

Le malade est revu quatre ou cinq jours après; la muqueuse est encore tuméfiée à droite et on note au niveau de l'incision une petite fistule qui laisse sourdre un peu de pus. La cavité de l'abcès est badigeonnée à la teinture d'iode et la fosse nasale est tamponnée à nouveau pour obtenir l'accollement des deux muqueuses de la cloison.

Détamponnement le lendemain, le malade a un peu souffert, l'abcès a tendance à se reformer. A l'aide d'une pince coupante, on enlève la muqueuse formant la paroi de l'abcès du côté droit; il ne peut plus ainsi y avoir de rétention de pus.

Le malade guérit rapidement. Revu un mois après, il présentait un léger affaissement des os du nez qui ne parut pas assez prononcé pour mériter un traitement particulier.

OBSERVATION III

(Lannois)

Abcès unilatéral de la cloison consécutif à un traumatisme.

Le nommé E. C..., 6 ans et demi, à Lyon, est vu pour la première fois, le 14 décembre 1901. Il y a quinze jours, il a fait une chute violente sur le nez, mais sans épistaxis. Il n'accusa d'abord aucun symptôme, mais depuis quatre ou cinq jours il se plaint de douleurs dans le nez et ne peut

plus se moucher. La mère dit qu'il a eu la fièvre. On constate facilement que la narine droite est complètement obstruée par un gros gonflement venant de la cloison; il est d'un rouge vif, chaud au toucher et manifestement fluctuant.

L'enfant étant effrayé par la vue du bistouri, on ouvre facilement avec un galvano-cautère et il s'écoule une cuillerée à café de pus épais, très coloré en rouge. Le petit malade fut très soulagé et une deuxième ponction galvanique, pratiquée le 18 décembre, ne donna issue qu'à une petite quantité de liquide.

Un mois plus tard, l'enfant fut ramené parce que le dos du nez était large et comme épaté. On constate alors que la cloison est très épaissie, comme rugueuse et qu'il persiste une certaine gêne de la respiration nasale. Il y a une arête plus marquée du côté gauche qui est réduite par deux séances d'électrolyse légère.

L'enfant a été revu tout récemment et bien que la cloison soit moins épaisse, elle n'est cependant pas normale et garde les traces de la périchondrite consécutive au traumatisme et à l'abcès.

CONCLUSIONS

I. — L'abcès de la cloison, complique habituellement un hématome du septum nasal consécutif à un traumatisme; plus rarement, il se produit au cours d'une infection locale ou générale.

II. — L'anatomie nous montre que la région du septum la plus exposée au traumatisme et la plus délicate, est le cartilage quadrangulaire particulièrement à sa partie moyenne.

L'abcès se forme à ce niveau et sous le périchondre qu'il décolle. C'est une périchondrite suppurée qui amène la perforation du cartilage et fuse souvent du côté opposé. Il se produit ainsi un abcès en bissac.

III. — Au point de vue symptomatologique, il faut distinguer les abcès à évolution froide, chroniques, et les abcès à évolution aiguë. Dans les deux cas, le diagnostic est fondé sur la constatation d'une tuméfaction arrondie, lisse, obstruant les fosses nasales et siégeant au niveau de la cloison cartilagineuse.

IV. — Le pronostic est bénin si l'intervention est précoce. Des complications d'ordre infectieux peuvent se produire au cours de l'évolution de l'abcès.

Une déformation du nez en coup de hache consécutive à la destruction du cartilage est à craindre si l'on n'opère pas à temps.

V. — Le traitement comprend l'incision précoce de la poche purulente, son nettoyage à l'aide d'antiseptiques et un tamponnement des fosses nasales destiné à assurer un bon accollement des deux muqueuses contre le cartilage et empêcher ainsi l'abcès de se reformer.

Ultérieurement, en cas de déformation de l'arête nasale, on aura recours aux injections prothétiques de paraffine, selon la méthode Broeckaert et, dans de rares cas, à la greffe cartilagineuse.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 17 octobre 1919.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
S. DAUTHEVILLE.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 17 octobre 1919.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- CEOQUET. — *Journal hebdomadaire de médecine*, 1830.
- FLEEMING. — *Journal de médecine de Dublin*, 1832.
- BÉRARD. — *Archiv. gén. de médecine*, t. XIII, p. 407.
- MAISONNEUVE et VELPEAU. — *Gazette des hôpitaux*, 1841.
- BEAUSSENAT. — Thèse de Paris, 1864.
- CASABIANCA. — Thèse de Paris, 1876.
- MORELL-MACKENSIE. — *Traité pratique des maladies du nez*, trad. Moure et Charazac, Paris, 1887.
- STRAZZA. — Un cas d'abcès de la cloison du nez. *Annales des maladies de l'oreille*, 1888.
- MOURE. — *Revue de laryngologie*, 1888.
- SCHECH. — *Maladies du nez*, 1888.
- LUC. — *Société française de laryngologie*, 1890.
- BALL (J.-B.). — Hématome du septum nasal. *British medical journal*, 1890.
- SCHCEFFER. — Abcès de la cloison nasale chez les enfants. *Intern. Klin. Rundschau*, 1890.
- Abcès de la cloison, cinq cas. *Therap. Mon.*, 1890.
- RICCI. — *Bulletin des maladies de l'oreille*, 1890.
- GOUGENHEIM. — Congrès de Berlin et *Annales de laryng.*, 1890.
- JURASZ. — *Maladies du nez*, 1891.
- GATES. — Abcès du septum nasal. *Age médical*, 1892.
- ROUSSEAU. — *La Clinique*, Bruxelles, 1892.

- RÉTHI. — Maladies du nez, 1892.
- MAC-BURNEY. — Hématome du nez. *Internat. journal of surgery*, 1892.
- HERWALD. — *Journal of the american med. ass.*, 1892.
- O'ROÉ (J.). — Correction de difformités du nez produites par un abcès du septum nasal. *New-York new med journ.*, 1893.
- BERMINGHAM. — Abcès de la cloison nasale. *Medical Age*, 1893.
- SCHRÖDER. — Un cas de périchondrite idiopathique aiguë de la cloison nasale. *Berl. Klin. Woch.*, 1893.
- ZAUFAL. — Abcès de la partie cartilag. de la cloison du nez. *Prag. Med. Woch.*, 1893.
- RISHOP. — *Journal of the american med. ass.*, 1893.
- HERTZFELD. — Un cas d'érysipèle de la muqueuse du septum avec transformation en abcès des deux côtés. *Mon. f. Ohrenheilk.*, 1893.
- LUBLINSKI. — Périchondrite idiopathique aiguë de la cloison nasale. *Berlin. Klin. Woch.*, 1893.
- GIBB. — Hématome du septum nasal. *Philadelphia polyclin.*, 1894.
- LACOEARRET. — Société française de laryng., 1894.
- HERCK. — Notes sur le traitement des abcès de la cloison. *Arch. int. de laryng.*, 1894.
- HUBBARD et GLEITSMANN. — New-York ass. of med., 1894.
- LAWARRET. — Hématome des fosses nasales. *Bull. et mém. de la Soc. française d'otol.*, 1894.
- MORAN. — Thèse de Bordeaux, 1894.
- RICE. — *Archives of pediatry*, 1894.
- WROBLEWSKY. — *Arch. f. laryng. de Franckel*, 1894.
- VATSTZAROFF. — Thèse de Nancy, 1894.
- HEBBING. — Des hématomes de la cloison du nez. Thèse d'Heidelberg, 1895.

- ARSLAN. — Abscess de la cloison nasale. *Bulletin des maladies de l'oreille* (ital.), 1896.
- GOUGENHEIM. — Des abscess inflammatoires de la cloison du nez. *Arch. f. Laryng.*, 1896.
- Les traumatismes de la cloison du nez. *Semaine médicale*, 1896.
- HERCK. — Note sur le traitement des abscess de la cloison. *Arch. intern. de laryng.*, 1896.
- MONNIER. — Du traitement de l'hématome de la cloison. *Arch. intern. de laryng.*, 1896.
- POLLAK. — De la périchondrite séreuse de la cloison du nez. Congrès d'otol. autrichien, 1896.
- THEISSING. — Thèse de Breslau, 1897.
- COLONNA-WALEWSKY. — Thèse de Paris, 1897.
- DANTZIGER. — Des soi-disants périchondrites idiopathiques de la cloison du nez. *Mon. f. Ohrenheilk.*, 1897.
- FRIEDHEIM. — Thèse de Berlin, 1897.
- GOUGENHEIM. — Des abscess chauds de la cloison nasale. *Annales des maladies de l'oreille*, 1897.
- RICER. — Périchondrite du nez. *The Laryngoscope*, 1897.
- MASUCCI. — Contribution à l'étude des hématomes de la cloison nasale. *Arch. ital. di otol.*, 1897.
- GAREL. — Hématomes, abscess et kystes séreux de la cloison nasale. Soc. franç. de laryng. et *Lyon médical*, 1898.
- LANGÉ. — Hématomes et abscess de la cloison nasale. *Traité de laryng. d'Heymann*, 1898.
- MILLIGAN. — Abscess bilatéral de la cloison du nez. *The journal of laryng.*, 1898.
- WATERMANN. — Académie de méd. de New-York, 1898.
- FISCHENICH. — Sur l'hématome et les périchondrites primitives de la cloison nasale. *Arch. f. Lar.*, 1899.

- GOUGENHEIM. — Abscès d'origine traumatique de la cloison nasale. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1899.
- LACOEARRET. — Abscès à répétition du plancher des fosses nasales. *Ann. de la polyclin. de Toulouse*, 1899.
- BILHINGER. — *In Chicago*, 1899.
- RUTHNER. — Périchondrites aiguës idiopathiques de la cloison nasale. *Arch. f. Laryng.*, 1899.
- SOMERS. — Périchondrites chroniques de la cloison du nez. *Med. Record*, 1899.
- WRIGHT. — Remarques sur la pathol. de la cloison nasale. *Brooklin med. journ.*, 1899.
- ZUMBROICH. — Périchondrite idiopathique aiguë de la cloison du nez. *Wien. Klin. Woch.*, 1899.
- HECHT. — Périchondrite grippale de la cloison du nez. *Monats. f. Ohrenh.*, 1900.
- KILLIAN. — Sur un cas de périchondrite aiguë et de périostite de la cloison nasale d'origine dentaire. *Mun. Med. Woch.*, 1900.
- LAVRAND. — Abscès chaud de la cloison chez un bébé de deux mois et demi. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 1900.
- BROEKAERT. — Prothèse nasale au moyen d'injections de paraffine solide, d'après le procédé d'Eckstein. *Rev. hebdom. de laryng.*, 1901.
- CHOUSSAUD. — Prothèse par les injections de paraffine. Th. de Bordeaux, 1902.
- RODE. — De quelques cas d'abcès traumatiques de la cloison. *Wien. Klin. Woch.*, 1902.
- DE ROSA. — Abscès de la cloison nasale. *Arch. ital. di otol.*, 1902.
- CHAVANNE. — Hématome non traumatique de la cloison consécutif à un tamponnement pour épistaxis. *Rev. hebdom. de laryng.* 1903.

- COAKLEY. — Le traitement des abcès de la cloison avec marques sur le moyen de prévenir les déformations. *The laryngoscope*, 1903.
- CULBERT. — Rapport sur un cas d'abcès bilatéral de la cloison avec symptômes de septicémie très accentués. *Ann. of otol. rhinol.*, 1913.
- FRIEDRICHEN. — Abcès nasal bilatéral. *Centralbl. f. innere Med.*, 1903.
- RICI. — Abcès aigu du nez d'origine dentaire; incision. *Bull. des maladies de l'oreille (ital.)*, 1903.
- FUSCHIG. — Etiologie et pathologie des abcès de la cloison nasale. *Wien. Klin. Wöch.*, 1903.
- BAUMGARTEN. — Hématomes de la cloison nasale; description; traitement. *Wien. Klin. Rundsch.*, 1905.
- BARGY. — Abcès de la cloison nasale. Soc. française de laryng., 1906.
- CHAUVEAU. — Abcès de la cloison à bacilles de Koch. *Arch. intern. de laryng.*, 1906.
- LEDERMAN. — Abcès traumatique de la cloison; déformation corrigée par les injections sous-cutanées de paraffine. *The laryngoscope*, 1906.
- DE TRIVIAS. — Résumé de l'article de Lederman. *Revue hebdom. de laryng.*, 1906.
- LUBLINSKI. — Périchondrite aiguë purulente de la cloison nasale. *Deut. Med. Wöch.*, 1908.
- MOURE et BRINDEL. — Guide pratique pour les maladies de la gorge, des oreilles et du nez, Paris, 1908.
- LANNOIS. — Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx, Paris, 1908.
- EPAUD. — Hématomes et abcès de la cloison. Th. de Bordeaux, 1909.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
